

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Rafael Zečević

DERMATITIS ARTEFACTA

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2014.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Rafael Zečević

DERMATITIS ARTEFACTA

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2014.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Zavodu za Dermatolo venerologiju KBC-a Zagreb pod vodstvom prof.dr.sc. Aleksandra Basta-Juzbašić i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2013/2014.

POPIS KRATICA

DA – Dermatitis artefacta

KAD - Kontaktni alergijski dermatitis

KND – Kontaktni nealergijski dermatitis

NE – Neurotične ekzorijacije

SSRI - Selective serotoninine reuptake inhibitors (Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotoninina)

SADRŽAJ

1. Sažetak	
2. Summary	
3. Uvod.....	1
4. Epidemiologija.....	2
5. Etiologija.....	3
6. Klinička slika.....	5
6.1. Ekskorijacije i rane	6
6.2. Ulkusi i erozije	7
6.3. Bule.....	8
6.4. Ekcematozne promjene.....	9
6.5. Panikulitis.....	10
6.6. Edem.....	10
6.7. Purpure i podljevi.....	11
7. Dijagnoza.....	12
7.1. Oblik i konfiguracija lezija.....	13
7.2. Distribucija lezija.....	13
7.3. Ponašanje pacijenta.....	14
7.4. Vrijeme.....	14
7.5. Prisutnost neuroloških simptoma i znakova.....	14
8. Histopatologija.....	15
9. Diferencijalna dijagnoza.....	16
9.1. Neurotične ekskorijacije (NE).....	16
9.2. Deluzija parazita.....	18
9.3. Kontaktni alergijski dermatitis (KAD).....	19

9.4. Kontaktni nealergijski dermatitis (KND).....	20
9.5. Pioderma gangrenosum.....	21
10. Liječenje.....	23
12. Zaključak.....	25
13. Zahvala.....	26
14. Literatura.....	27
15. Životopis.....	33

1. Sažetak

Dermatitis artefacta

Rafael Zečević

Dermatitis artefacta je samooštećujuća dermatoza kod koje bolesnici sami izazivaju promjene na koži sa željom da preuzmu ulogu pravih pacijenata. Povezana je sa različitim psihičkim poremećajima poput depresije, opsesivno kompulzivnog poremećaja i anksioznog poremećaja. Pri nanošenju ozljeda koriste se različita mehanička i kemijska sredstva. Iako su najčešće zahvaćene mlade djevojke između 15 i 30 godina, bolest se može pojaviti i u djece i starijih osoba. S obzirom na polimorfizam lezija, dermatitis artefacta predstavlja veliki problem kliničarima. Veliki problem predstavlja i nesuradljivost pacijenata jer odbijaju komunicirati sa liječnicima, kao i negiranje njihove povezanosti sa nastalim lezijama. Dijagnostički i terapijski postupak je obično dug i zahtjevan te zahtjeva timski rad dermatologa, psihijatara i psihologa kako bi se pacijenta umirilo i postigla remisija kožnih simptoma.

Ključne riječi: dermatitis artefacta, etiologija, liječenje

2. Summary

Dermatitis artefacta

Rafael Zečević

Dermatitis artefacta is a self – inflicted dermatosis in which patients produce skin lesions in an attempt to assume the patient role. Mechanical and chemical devices are most commonly used to produce injuries. Several psychological disorders like depression, obsessive compulsive disorders and anxiety are associated with this kind of disease. Most of the patients are young females aged between 15 and 30, but the diagnosis of dermatitis artefacta may even be made in pediatric patients or elderly people. Because of the polymorphism of the lesions, dermatitis artefacta is often a challenge for the clinicians. More difficulties might be due to the lack of cooperation in these patients, who usually refuse the dialogue with doctors and deny their primary role in damaging their skin. Diagnostic and therapeutic procedure are often longlasting and difficult and require teamwork of dermatologists, psychiatrists and psychologists, leading to steady control of impulses and full remission of cutaneous symptoms.

Key words: dermatitis artefacta, etiology, treatment

3. Uvod

Psihijatrijske bolesti u dermatologiji postaju sve učestalije. Primjer takve bolesti je dermatitis artefacta. Dermatitis artefacta (DA) definira se kao stanje koje uključuje samonanošenje kožnih lezija pri čemu pacijent negira bilo kakvu odgovornost i povezanost sa nastalim kožnim promjenama. Navedene lezije se nanose radi zadovoljavanja određenih psiholoških potreba i želje za ostvarivanjem medicinske skrbi i pažnje bližnjih. Pri tome su isključena stanja u kojima se kožne lezije nanose radi ostvarivanja određene ekonomske dobiti, izbjegavanja zakonskih obaveza ili izbjegavanja kaznene odgovornosti (kao što je to u slučaju simulacije) (Consoli 1995). Negiranje povezanosti pacijenata s novonastalim promjenama jasno diferencira dermatitis artefacta od drugih stanja sa samonanošenjem kožnih lezija poput mutilacija u psihotičnih pacijenata, neurotičnih eksorijacija i trihotilomanije. Artefaktni dermatitis je prvi put u modernoj literaturi opisan 1951.godine (Asher 1951). DA se ubraja u psihokutane bolesti. Klasifikacijom po Koeblenzeru iz 1987. godine psihokutane bolesti se dijele na primarno psihijatrijske bolesti i primarno dermatološke bolesti. Primarno psihijatrijske bolesti uključuju deluzijsku parazitozu (monosimptomatska hipohondrijska psihoza u kojoj su bolesnici opsjednuti idejama da su infestirani parazitima), dismorfofobiju (pretjerana zabrinutost promjenama u fizičkom izgledu koje ne odgovaraju normalnom nalazu ili minimalno izraženim promjenama u dermatološkom statusu) i grupu spamooštećujućih dermatoza. Samooštećujuće dermatoze uključuju dermatitis artefacta, neurotske eksorijacije i trihotilomaniju (Koblenzer 1987). Dermatitis artefacta se u MKB-10 se nalazi pod šifrom L98.1 i F68.1.

Ozljeđe se mogu izazvati rezanjem, trenjem, ugrizima, okluzijom, vrućim ili hladnim premetima, kiselinama, lužinama, različitim iritansima za kožu, pogoršavanjem već

postojećih rana, heparinskim injekcijama, inzulinskim injekcijama itd. DA je karakteriziran lezijama koje obično nisu dio kliničke slike nijedne poznate kožne bolesti. Psihijatrijsku podlogu poremećaja teško je odmah prepoznati, što nerijetko dovodi do ponavljanja dijagnostičkih testova koji pokazuju nepostojanje bilo kakve patologije. Zbog velike kompleksnosti i nepostojanja specifičnog dijagnostičkog testa, ovaj poremećaj često ostaje neprepoznat i dermatolozima predstavlja veliki dijagnostički izazov. Svi navedeni razlozi čine ovu bolest jednom jako zahtjevnom i skupom bolešću.

4. Epidemiologija

Procjenjuje se da je oko 5% medicinskih posjeta povezano sa samoranjavanjem, kako u dermatologiji, tako i u drugim medicinskim strukama poput interne medicine, oftalmologije, endokrinologije i otorinofaringologije (Rodriguez et al.2013). Kožni je sustav, s obzirom na lakoću kojom se može oštetiti, najčešći organ zahvaćen u slučajevima samoozlijeđivanja. Točnu incidenciju artefaktnog dermatitisa je teško odrediti s obzirom na malen broj pouzdanih studija, a i zbog činjenice da mnogi slučajevi DA ostaju neprepoznati. Dermatitis artefacta se može javiti u bilo kojoj životnoj dobi i to češće među ženama. Zastupljenost DA među ženama je triputa veća nego u muškaraca (Koblenzer 2000). Bolešću su najčešće pogođene djevojke u pubertetu i mlađoj odrasloj dobi, naročito u stanjima pojačanog psihosocijalnog stresa, ali treba naglasiti da sve dobne skupine mogu biti zahvaćene (Koblenzer 2000). Primjerice, u retrospektivnoj dvadesetgodišnjoj studiji iz Danske (Nielsen et al. 2005) u kojoj je bilo uključeno 57 pacijenata sa dijagnosticiranim DA, pokazala je da je učestalost DA u žena tri puta veća nego u muškaraca, a prosječna starost pacijenata bila je 39 godina. Nerijetko se također pronalazi, da sam pacijent

ili netko u njegovoj bližoj okolini ima kontakta sa nekom osobom iz medicinske struke ili su sami pacijenti dio bolničkog osoblja (Koblenzer 1996).

.

5. Etiologija

Dermatitis artefacta je kožna manifestacija i posljedica određenog psihijatrijskog poremećaja. Do dan danas ne postoji konsenzus o tipu poremećaja ličnosti koji su uključeni u DA. Prema Susskindu (Susskind 1972) svi pacijenti sa artefaktnim dermatitisom su histerični, dok ih Koblenzer sve smatra borderline psihotičnim (Koblenzer 1983). Prema Consoliju najčešći tip ličnosti u muškaraca je paranoidni, dok je u žena histerični tip ličnosti (Consoli 1995). Stein ističe da je neminovna povezanost između DA i borderline tipa ličnosti, ali da postoji povezanost i sa opsesivno kompulzivnim poremećajem (Stein & Hollander 1992). Samoranjavanje, tijekom tog disocijativnog stanja, u tih emocionalno nezrelih osoba, predstavlja jedan tip emocionalne sigurnosti i tijekom cijele radnje nisu svjesni svojih postupaka (Harth et al.2010). Važnost psihološkog aspekta DA je u tome što pacijenti svjesno produciraju lezije i ranjavaju se, ali nisu svjesni razloga svog autodestruktivnog ponašanja. Mnogi pacijenti sa DA imaju borderline strukturu ličnosti i nisu sposobne izgraditi zrele odnose sa drugima. Oni koriste svoje lezije kao sredstvo komunikacije sa drugima kako bi zadobili pažnju koje su toliko željni i koja bi im ispunila emocionalnu prazninu koju osjećaju. Motiv za samoranjavanje može biti i želja za kažnjavanjem zbog nekih nesvjesnih grijehova gdje bi im rane i bol služile kao znak pokore. Samoozlijeđivanje može biti i jedan vid ekspresije infantilnog bijesa.

Prema Zeidens samoranjavanje predstavlja frustraciju, anksioznost, želju za pažnjom i bespomoćnost pri čemu je jakost samodestrukcije proporcionalna ozbiljnosti emocionalne uznemirenosti (Zaidens 1964). Mnogi pacijenti sa DA su srednje životne dobi koji nisu ostvarili otprije zadane ciljeve, kako socijalne tako i ekonomske prirode. Ti pacijenti koriste svoje lezije kao razlog kojim racionaliziraju svoje frustracije (Waisman 1965). Samoizazvane lezije opisane su i u pacijenata sa anoreksiom nervosom (Van Moffarert et al.1985). Nastanak DA može se povezati i sa zlostavljanjem u djetinjstvu, ranim emocionalnim odbijanjem ili zanemarivanjem od strane roditelja (Gupta et al.1987). Dermatitis artefacta nije indikativan za određeni tip ličnosti nego je tip ličnosti značajan prognostički faktor u daljnjem tijeku bolesti. Značajan prognostički faktor je također i dob u kojoj se javio poremećaj. Pojava DA u adolescenata obično je poziv u pomoć. Rjeđe se javljaju pravi psihotički poremećaji kao što su sumanuta stanja i šizofrenija (Fabish 1980).

6. Klinička slika

Dermatitis artefacta se predstavlja velikom raznolikošću morfi u kliničkoj slici koja ovisi o pacijentovoj kreativnosti i metodi koja se koristila u nanošenju lezija (Lyell 1979).

Načini ozljeđivanja prikazani su u tablici 1.

Tablica 1. Mehanizmi ozljeđivanja, Prema: Harth et al.(2008), str. 12

mehaničke ozljede	trenje ugrizi rezanje okluzija mutilacija
toksično oštećenje	kiseline lužine vruća ili hladna sredstva
samoizazvane infekcije	pogoršavanje već postojećih rana apsediranje
Lijekovi	heparinske injekcije inzulin

Najčešće kliničke manifestacije samoozljeđivanja su ekskorijacije, rane, ulkusi, bule, edemi, panikultisi, purpure i podljevi.

6.1. Ekskorijacije i rane

Obično su najčešće javljaju linearne ekzorijacije i najčešće su posljedica grebanja noktima, ali mogu biti izazvane i različitim oštrim predmetima (npr. nožem il žiletom / slika.1). Linearne lezije često predstavljaju dijagnostičku dilemu, jer s jedne strane mogu biti posljedica artefaktnog dermatitisa, a s druge neurotičnih ekzorijacija. Dilemu najčešće razjašnjava sam pacijent, jer u većini slučajeva neurotičnih ekzorijacija pacijent priznaje da je sam sebi nanosio ozljede, dok u DA to neće biti slučaj. Eksorijacije u DA također karakterizira i odsutnost znakova češanja u okolini lezije. Ekskorijacije su češće zastupljene među ženama nego muškarcima.



Slika 1. Ožiljci nakon zarezivanja žiletom, uz dopuštenje: Prof.dr.sc. Basta-Juzbašić

6.2. Ulkusi i erozije

Ulkusi i erozije su jedni od najčešćih kliničkih nalaza u slučajevima artefaktnog dermatitisa. Mogu biti izazvani u početku nanošenja ozljeda ili u kasnijem stadiju samoranjavanja. Najčešće su čudne morfologije jer mogu biti neobično pravilnih rubova ili pak jako nepravilni sa lineranim segmentima, trokutaste ili zvjezdolike (slika 2.). Ponekad se u kombinaciji mogu naći u potpunosti razvijeni ulkusi sa nepotpuno razvijenim ulkusima i erozijama zbog naknadnih prskanja sa kazuističkim sretstvom. Nerijetko se nalaze i ožiljci i znakovi prethodnih ranjavanja. Stariji ulkusi koje su često puta ponavljano tretirani i često inficirani pokazuju znakove skleroze i atrofije, a mogu postojati i znakovi podliježeće nekroze, osteitisa. U slučaju ulkusa mogu se koristiti i lakmus papiri kako bi se mogla odrediti kiselost defekta koja bi mogla sugerirati tip kemijskog sredstva (Shepis et al.2010). Pojavnost ulkusa je veća u muškaraca (33%) nego žena (23%) (Rodriguez et al.2013). U slučajevima gdje je bilo zahvaćeno područje dojke zastupljenost je jednaka u oba spola (Winkelmann et al.1985).



Slika 2. Erozije vjerojatno uzrokovane opetovanim grebanjem,

uz dopuštenje: Prof.dr.sc. Basta-Juzbašić

6.3. Bule

Posljedica samoranjavanja također mogu biti i bulozne promjene. Mogu biti različitih oblika: duguljaste, pravokutne, poligonalne ili neobično velike. Najčešće su uzrokovane opekotinama npr. cigaretama (slika 3.) ili nanošenjem različitih kemikalija. Često se mogu naći u kombinaciji sa drugim morfama poput ulkusa ili eritema različitih oblika. Lezije su najčešće nepravilnog oblika i imaju neobičnu distribuciju (Sneddon 1983). Velike, brojne i gangrenozne bule mogu dovesti do teških mutilacija. Lezije je ponekad teško razlikovati od različitih buloznih dermatoza, ali sumnju će razriješiti histološki nalaz koji je tipičan u ovim situacijama



Slika 3. Opekotine uzrokovane cigaretama, uz dupuštenje: Prof.dr.sc. Basta-Juzbašić

6.4. Ekcematozne lezije

Ekcematozne lezije se izazivaju nanošenjem različitih iritansa (slika 4.) ili ponavljanim nanošenjem alergena kod pacijenata sa alergijskim kontaktnim dermatitisom. Postoje velike poteškoće u razlikovanju ekcema kod pacijenata sa alergijskom diatezom, jer je teško dokazati da li je pacijent alergen slučajno ili namjerno nanosio.



Slika 4. Ekcematozne promjene vjerojatno uzrokovane polijevanjem kemikalijama,

uz dopuštenje: Prof.dr.sc. Basta-Juzbašić

6.5. Panikulitis

Panikulitis je upalna reakcija potkožnoga masnog tkiva koja zahvaća i vezivne tračke između režnjića masnog tkiva, stvarajući čvoriće, najčešće na bedrima ili nadlakticama. Primjerice, u literaturi je opisan slučaj adolescentice sa vrućicom, subkutanim nodulima i nesupurativnim panikulitisom gdje je klinički i histološki nalaz sugerirao je Weber Christanovu bolest. Međutim, naknadno se doznalo da je klinička slika bila izazvana samoinjiciranjem mlijeka u natkoljenicu

od strane pacijentice (Ackerman et al.1966). U studiji u kojoj je bilo uključeno 5 žena sa artificijelnim panikulitisom kao glavni način izazivanja panikulitisa bila je ponavljajuća trauma (Winkelmann et al.1985). Opisani su također slučajevi samoinjiciranja urina i različitih silikonskih materijala (Sanmartin et al.2008).

6.6. Edem

Smith je definirao kriterije koji pobuđuju sumnju da li je neki limfedem samoizazvan, a to su: rekurentni unilateralni limfedem bez očite limfatičke ili venske opstrukcije i bilo kakav limfedem koji je ograničen jasno definiranim rubom od okolne kože (Smith 1975). U literaturi je opisano nekoliko slučajeva samoizazvanih edema bradavice, jezika, vrata pa čak i skrotuma različitim kompresijama (Van Kammen et al.1979).

6.7. Purpure i podljevi

Gardner i Diamond prvi su opisali autoeritrocitni senzibilizirajući sindrom koji je karakteriziran napadajima bolnih ekhimoza na različitim područjima tijela, ali najčešće u području donjih ekstremiteta i toraksa mladih žena prvenstveno sa psihičkim poremećajima. Glavni okidač za napadaje smatra se emocionalni distres (Gardner & Diamond 1955). Sindrom se često javlja u pacijenata sa drugim autoimunskim bolestima poput sistemskog lupusa eritematozusa, idiopatske trombocitopenične purpure, autoimunskim glomerulonefritisima i dr. Autoeritrocitni sindrom je važan diferencijalno dijagnostički entitet naspram samoizazvane purpure, jer se oba entiteta javljaju u osoba sa psihičkim poremećajima. Iako ne postoje usuglašeni dijagnostički kriteriji za ova dva klinička entiteta, mnogi autori navode da je važan dijagnostički kriterij u razlikovanju Gardner Diamondovog sindroma i samoizazvane purpure jaki bol i svrbež na mjestu gdje će se podljev pojaviti kao i to da postoji mogućnost nalaza intraabdominalnog krvarenja, kojeg u samoizazvanoj purpuri neće biti. U slučaju samoizazvane purpure značajan je i negativni nalaz nakon provedenog intradermalnog injiciranja vlastitih eritrocita, pri čemu se nakon 24 h neće pojaviti ekhimoze. U slučaju postojanja Gardner Diamond sindroma nalaz će biti pozitivan, odnosno ekhimoze će se javiti unutar 24 h (Stefanini et al. 1972).

Zaključno se može reći da je broj kliničkih prezentacija vjerojatno i veći s obzirom da klinička slika prvenstveno ovisi o pacijentovoj kreativnosti u izboru i načinu nanošenja ozljeda.

7. Dijagnoza

DA predstavlja jedan veliki dijagnostički izazov s obzirom na veliki broj mogućih kliničkih prezentacija kao i veliku raznovrsnost korištenih tehnika i sredstava u samoranjavanju.

Pri postavljanju dijagnoze DA u obzir treba uzeti:

- a) morfologiju lezija
- b) pacijentovu osobnost
- c) anamnezu

Preporučuje se da se dijagnoza treba temeljiti na svim trima kriterijima, a ne samo na jednom (Consoli 1995). Artefaktni dermatitis je somatska manifestacija jedne veoma ozbiljne i duboke duševne patnje, koje sam pacijent nije svjestan i stoga je značajno napraviti simbiozu dermatološkog i psihološkog nalaza. Jedan od najboljih klasifikacijskih sustava u dijagnosticiranju artefaktnog dermatitisa je Stokes Gardner klasifikacija.

Stokes Gardenerova klasifikacija uzima u obzir :

- a) oblik i konfiguraciju lezija
- b) distribuciju lezija
- c) ponašanje pacijenta
- d) vrijeme
- e) neurološke simptome i znakove

7.1. Oblik i konfiguracija lezija

Na prvi pogled iskusnog kliničara lezije će izgledati čudno i neće se uklapati u kliničke slike poznatih kožnih bolesti. Lezije mogu biti uzrokovane različitim kemijskim sredstvima, vrućim sredstvima i traumom. Kožni artefakti uzrokovani određenim instrumentom obično su pravilnih geometrijskih oblika. Ekskorijacije su najčešće površinske i nastale kraste su obično jasno ograničene eritematoznim rubom od okolne zdrave kože. Ponekad oblik ekskorijacija mogu sugerirati korištenje prstiju, noktiju ili oštih predmeta u nanošenju ozljeda. Iako ozljede najčešće izgledaju jako destruktivne (npr. ulkusi, gangrene) nisu jedini kriterij za dijagnozu artefaktnog dermatitisa i cijeli slučaj treba sagledati sveobuhvatno.

7.2. Distribucija lezija

Lezije su obično smještene na područjima koje su lako dostupne rukama pacijenata. Pacijenti tijekom nanošenja ozljeda izbjegavaju područja poput dlanova, tabana, nosa, usta, tjemena, genitalija i uha (Fabish 1981). Međutim, prisutnost lezija na nedostupnim područjima ne isključuje dijagnozu DA. Lezije su često distribuirane oko prethodno nanesenih lezija kako bi se povećalo primarno područje manipulacije (Grimalt 2002). Prema studiji (Rodriguez et al. 2013) lice je bilo zahvaćeno u 34%, noge u 25%, nadlaktice u 16% i podlaktice u 15%. U muškaraca su najčešće bile zahvaćene noge (51%), a u žena lice (40%). Prema Fabishu anatomska lokalizacija lezija ima i psihološko značenje jer su u velikom dijelu pacijentica pogođene upravo bile i dojke.

7.3. Ponašanje pacijenta

Značajnu ulogu u dijagnozi artefaktnog dermatitisa ima i ponašanje pacijenta. Tipične karakteristike pacijenata sa artefaktnim dermatitisom su anksioznost, fini tremor mimične muskulature, oči pune suza ili pak lice poput Mona Lise (Sneddon 1983). Neki pacijenti odaju pak dojam mirne osobe ili gledaju sa erotskim primjesama. Neki pacijenti mogu odavati dojam pretjerano smirene osobe s obzirom na njihovo stanje.

7.4. Vrijeme

Lezije koje se javljaju preko noći ili na točno određene datume ili javljanje lezija nakon promjene posla, škole, selidbe, nakon smrti bliske osobe mogu sugerirati na artefaktni dermatitis. Nesposobnost pacijenta da govori o podrijetlu lezija i manjak zalaganja u rješavanju nastalih lezija predstavlja veliki problem dermatolozima. Gandy to nezalaganje i manjak podataka od strane pacijenata opisuje terminom „*hollow history*“ što je skoro pa patognomonično za DA (Gandy 1953). U dijagnostici DA koristi se i termin „*melodramic prophecy*“ koji se odnosi na pacijentovu zabrinutost kada će se lezije ponovno pojaviti (Lyell 1979). Mnogi pacijenti također si nanose ozljede na mjestima gdje je dermatolog rekao da bi se lezije mogle pojaviti.

7.5. Prisutnost neuroloških simptoma i znakova

Pacijenti sa artefaktnim dermatitisom često navode podatak kako imaju trnce, osjećaj žarenja i kako ih sve boli. Međutim, svi ti simptomi su većinom prenaplašeni. Važno je istražiti pacijentovu anamnezu i tragati za mogućim psihijatrijskim dijagnozama.

8. Histopatologija

Značajka histološkog nalaza u lezija u sklopu artefaktnog dermatitisa jest površinska zahvaćenost kože (Joe et al.1999). Lezije tipično zahvaćaju epidermis bez ektravazacije leukocita i znakova vaskulitisa. Međutim, nalaz u mnogim slučajevima ovisit će o metodi koja je korištena pri ozlijeđivanju. Dokumentiran je široki spektar histoloških nalaza poput erozija, akantoza, kroničnih perivaskularnih infiltrata i reakcija izazvanih stranim tijelima (Gattu et all 2009). Biopsiju se preporučuje učiniti kad god je to moguće, jer histološki nalaz može u mnogim slučajevima biti od ključnog značaja za postavljanje dijagnoze. Neupitna je važnost histološkog nalaza, pogotovo u slučajevima bolesti koje mogu imati fatalni završetak. Primjerice, u literaturi su opisani slučajevi u kojem se samo na temelju kliničkog nalaza dijagnosticirao artefaktni dermatitis, iako se u podlozi nalazio T –stanični limfom (Soylu et al. 2010), erozivni lichen planus (Shepis et al. 2010), krioglobulinemija (Meyrick et al.1982), hemofilija (Brod et al. 2009) ili vaskulitis (Harper et al.1983). U nekim slučajevima potrebno je koristiti i sofisticiranije dijagnostičke metode poput spektrofotometrije ili rentgena. Primjerice spektrofotomerija je bila korištena u slučaju rekurentnih apscesa uzrokovanih celulozom (Kwon et al.2006).

9. Diferencijalna dijagnoza

Diferencijalno dijagnostički potrebno je isključiti sve moguće bolesti koje bi mogle biti povezane sa dobijenom anamnezom, te postojećim dermatološkim statusom. Neuobičajene prezentacije običnih dermatoza, kao i rijetke bolesti svakako se moraju isključiti. U obzir dolaze različite infektivne, neurološke, psihijatrijske, vaskularne i maligne bolesti. Pri tome treba biti na oprezu, jer pretjerana i preopsežna obrada postojeće primarne dermatološke patologije može još više potaknuti bolesnika na autodestruktivno ponašanje (Koblenzer 2000). U slučaju artefaktnog dermatitisa diferencijalno dijagnostički u obzir dolazi širok spektar kliničkih entiteta. Neki od njih su npr: impetigo, pioderma gangrenosum, svrab, atopijski dermatitis, kontaktni alergijski i iritativni dermatitis, ujed kukca, neurotične ekskoriacije, deluzijska parazitoza, trihotilomanija, nodozni poliarteritis, kožni limfom itd.

9.1. Neurotične ekskoriacije (NE)

Neurotične ekskoriacije (NE) su stanja u kojem pacijenti izazivaju kožne promjene zbog nekontroliranog nagona za grebanjem kože (Arnold et al. 2001). Za razliku od pacijenata sa artefaktnim dermatitisom, pacijenti sa neurotičnim ekskoriacijama priznaju da su sami odgovorni za novonastale kožne promjene (Koblenzer 2000). Grebanje je epizodično i potaknuto je najčešće nekom stresnom situacijom. Bolesnici se mogu grebati noktima, ali i različitim predmetima koji su im dostupni (Odlaug et al. 2008). Pacijenti s ovim poremećajem obično boluju od depresivnog ili opsesivno kompulzivnog poremećaja. Bolesnici, zbog srama, često prvi put zatraže medicinsku pomoć mnogo godina nakon početka simptoma (Wilhelm et al. 1999).

Točnu incidenciju NE je teško odrediti s obzirom na manjak dijagnostičkih kriterija, ali i na to da je grebanje dio uobičajenog ponašanja većine ljudi (Fruensgaard 1984). Teško je odrediti kada grebanje postaje patološko. Prema pojedinim istraživanjima incidencija NE kreće se od 2 do 5% svih dermatoloških posjeta sa tri puta većom zastupljenošću među ženama (Keuthen et al.2000). Prema iskustvu psihijatarata prosječna dob se kreće između 15 do 35, dok je prema iskustvu dermatologa zastupljenost najviša između 40 i 60 godina (Mutasim et al. 2009).

Samoizazvane lezije se najčešće nalaze na lako dostupnim mjestima poput ekstenzornih strana ruku, leđima, vratu, prsima ili prednjoj strani bedara. Karakterističan je znak odsutnost lezija u interskapularnoj regiji (Arnold et al.1998). Lezije mogu biti okruglastog ili lineranog oblika, prekrivene krastama ili bez njih. Mogu postojati i znakovi sekundarnih infekcija. Često su u nalazu zastupljene lezije u različitim razvojnim stadijima (velike ili male eskorijacije, s krastama ili bez njih, pliće ili dublje ulceracije i okruglasti ili linearni jasno ograničeni hipopigmentirani ožiljci) (Koblenzer 1987). Ponekad bolesnici mogu izazvati NE manipulirajući već postojećim dermatozama poput folikulitisa ili akne (*acne excorie*) (Odlaug et al.2008). U postavljanju dijagnoze potrebno je isključiti dermatoze popraćene jakim svrbežom, posebno limfome, kao i internističke bolesti koje su praćene svrbežom poput bolesti jetre, bubrega, štitnjače i anemije (Odlaug et al. 2008). Pri sumnji na postojanje neke kožne bolesti važno je učiniti biopsiju kojom bi se razriješila sumnja (Gupta 1996). U liječenju neurotičnih ekskoriacija značajnu ulogu ima suportivni psihoterapeutski postupak. S pacijentom je važno uspostaviti prijateljski odnos zasnovan na razumijevanju i empatiji (Harth 2008). U terapiji lezija, ovisno o stupnju oštećenja kože, primjenjuju se različiti hladni oblozi (npr. fiziološkom otopinom), kako bi se reducirali crvenilo, svrab i upala, te topički antibiotici (Koo & Lee 2003). S obzirom na psihijatrijsku podlogu bolesti neizostavna je i psihijatrijska podrška pacijentu. Osnova liječenja je kognitivno bihevioralna terapija i korištenje selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI).

Pozitivno djelovanje su pokazale i male doze atipičnih antipsihotika u kombinaciji sa SSRI– ima (Koblenzer 2000).

9.2. Deluzija parazita

Deluzija parazita je monosimtomatska hipohondrijska psihoza u kojoj su bolesnici opsjednuti idejom da su infestirani parazitima koji u stvarnosti ne postoje i koji se ne mogu potvrditi laboratorijskim nalazima (Koo & Lee 2001). Bolesnici sa deluzijom parazita primarno traže pomoć dermatologa ili veterinara, a ne od psihijatra i zbog toga dermatolozima predstavljaju značajan dijagnostički izazov. Bolesnici su obično anksiozni te dolaze na pregled s podatkom da su već posjećivali veliki broj liječnika s kojima na kraju nisu bili zadovoljni. Uz opsežnu anamnezu koja uključuje detaljan opis vizualnih ili taktilnih halucinacija, pacijenti često nose sa sobom kutijice ili epruvete u kojim se nalaze komadići ogrebane kože. Bolesnici se grebu noktima ili različitim predmetima poput nožića, pinceta kojim bi pokušali izvaditi parazite iz kože. Pri tome na koži stvaraju različite promjene od plćih ekzorijacija do dubljih ulceracija (Koo & Lee 2001). Mogućnost infestacije se uvijek mora isključiti i temeljni način liječenja je psihijatrijsko liječenje (Lepping & Freudmann 2008).

9.3. Kontaktni alergijski dermatitis (KAD)

Kontaktni alergijski dermatitis (KAD) je upalna dermatoza koja nastaje kao posljedica imunosne reakcije tipa IV po Coombsu i Gellu. Čini oko 5-15 % svih upalnih kožnih bolesti u dermatološkim ambulantama. U općoj populaciji broj oboljelih je 1-10%. KAD se podjednako pojavljuje u muškoj i ženskoj populaciji (Ljubojević et al. 2008). Bolesnici se mogu senzibilizirati na različite kemijske tvari i na svaku neživu tvar. Reakcije mogu biti akutne, subakutne, sukronične i kronične. Kontaktni alergeni s jakim indeksom senzibilizacije često uzrokuju akutnu reakciju. Među najznačajnije alergene su ubrajaju: soli metala, nikal, zlato, kromati, kobalt, živa, katrani drvenog uglja, peruanski balzam, bacitracin, neomicin, topički steroidi i topički anestetici. Simptomi su veoma slični simptomima kontaktnog nealergijskog dermatitisa i razlog su poteškoćama u dijagnostici. Akutni KAD se javlja obično na otkrivenim dijelovima tijela, npr. koži lica, vrata, dorzalnim stranama šaka i stopala, podlakticama. Promjene su najčešće praćene svrbežom. Klinička slika razvija se u nekoliko faza, a to su eritematozna, vezikulozna i madidirajuća faza. Eritematoznu fazu karakterizira oštro ograničeni eritem i edem kože, a vezikuloznu fazu vezikule. Madidirajući stadij se očituje erozijama i vlaženjem. Kronični oblik kontaktnog alergijskog dermatitisa karakterizira suha i infiltrirana koža, pojačan kožni crtež, ragade sa lihenoidnim i plosnatim papulama unutar žarišta, stadij sa krastama i skvamozni stadij. Kronični KAD najčešće se javlja na koži šaka i prstiju, licu, postraničnim dijelovima prstiju, u genitalnoj i perianalnoj regiji. Može se javiti i u obliku alergijskog stomatitisa, kroničnog konjuktivitisa, balanitisa i vulvitisa. Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze i kliničke slike, a potvrđuje laboratorijskim epikutanim testom.

Temeljni princip liječenja kontaktnog alergijskog dermatitisa predstavlja izbjegavanje uzročnog agensa. Pacijentima se također preporučuje uporaba zaštitnih sredstava, te zaštitne odjeće i

obuće. Lokalno se primjenjuju ispočetka srednje jaki i jaki topički kortikosteroidi, a potom manje potentni steroidi. U slučaju pojave sekundarnih bakterijskih infekcija primjenjuju se antibiotici ili oblozi od srebrnog nitrata (Lipozenčić et al. 2008).

9.4. Kontaktni nealergijski dermatitis (KND)

Kontaktni nealergijski dermatitis (KND) je upala kože koja je posljedica oštećenja zaštitnog sloja kože i gornjih slojeva epidermisa nastalih nakon izlaganja koncentriranim kiselinama, lužinama, raznim fizikalnim i biološkim čimbenicima, pri čemu ne sudjeluju nikakvi imunosni mehanizmi (Ljubojević et al.2008).

Kontaktni nealergijski dermatitis se javlja u akutnom i kroničnom obliku. Akutni KND je posljedica izlaganja tvarima visoke toksičnosti, ponavljanim izlaganjem tvarima niske toksičnosti ili različitim predisponirajućim čimbenicima npr. klimatskim faktorima (temperatura, vlažnost), mehaničkim uzrocima (pritisak, struganje) i UV-zrakama. Kožne lezije se javljaju na područjima koji su bile izložene iritirajućim tvarima i uvijek su oštro ograničene. Prema trajanju izlaganja štetnim tvarima, razlikuju se eritematozni stadij, vezikulozni stadij te erozivni stadij. Erozivni stadij je karakteriziran jakom eksudacijom nakon koje dolazi do obnavljanja s pojavom krasta, a potom do ponovnog stvaranja rožnatog sloja. Često je praćeno ljuštenjem (Ljubojević et al.2008). Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze i kliničke slike, a u razlikovanju kontaktnog nealergijskog dermatitisa od kontaktnog alergijskog dermatitisa važan je histološki nalaz te negativni epikutani test. U svrhu liječenja potrebno je prepoznati i eliminirati štetne utjecaje. Uklanjanje se postiže čišćenjem kože i primjenom kupki u fiziološkoj otopini. Ovisno o stadiju bolesti primjenjuju se kortikosteroidi, oblozi 2% borne kiseline, losioni i antibiotici u obliku

masti. Kronični oblik KND-a uzrokuju učestali kontakti s tvarima niske toksičnosti poput vode, cementa, vapna, deterdženata. Promjene se najčešće javljaju na šakama i prstima ruku. Koža je na tim mjestima suha, eritematozna, lagano infiltrirana, a pojavljuje se i ljuštenje i ragade. Promjene su neoštro ograničene od okolne kože. Dijagnoza se postavlja slično kao i kod akutnog oblika KND-a. Značajan je i test otpornosti prema alkalijama, evaporacije kože i određivanje pH kože. Princip liječenja je izbjegavanje štetne tvari. Koriste se također i različite kortikosteroidne kreme i masti kroz ograničeno razdoblje (Ljubojević et al.2008).

9.5. Pioderma gangrenosum

Pioderma gangrenosum je primarno sterilna upalna neutrofilna dermatoza. Karakterizirana je rekurirajućim kožnim ulkusima praćeni mukopurulentnim ili hemoragičnim eksudatom. Ulkusi koji nastaju su veoma bolni, okruženi plavičastim rubom i eritematoznom okolnom kožom. U mnogim slučajevima je povezana sa upalnim bolestima crijeva, hepatitisom C, ankilozantnim spondilitisom, reumatoidnim artritismom ili malignomima poput leukemija i limfoma (Crowson et al.2003). Bolest je tri puta češće zastupljena među ženama i vrh incidencije je između 20 i 50 godina (Van den Driesch 1997). Postoji različiti klinički oblici: ulcerozni, pustulozni, bulozni i vegetativni. Najčešće se javlja na nogama, ali i u području prsa, trupa, glave i vrata. Ulkusi, koji su jako bolni, počinju kao pustule koje brzo rastu, praćene nekrozom tkiva koja zahvaća sve veća područja. Okolna koža je eritematozna i edematozna. Rubovi lezije su tipično plavoljubičaste boje. Ulkusi su često skloni sekundarnim infekcijama (Schwaegerle et al.1998).

Postavljanje dijagnoze temelji se na anamanezi, kliničkom nalazu i histološkoj slici lezija. U histološkoj slici dominira duboki supurativni folikulitis sa gustim neutrofilnim infiltratima. U mnogim slučajevima je prisutan i leukocitoklastični vaskulitis. Liječenje je sistemsko i topičko. U sistemskom liječenju se primjenjuju kratkotrajne velike doze kortikosteroida i imunosupresivi (Johnson & Lazarus 1982). Topičko liječenje uključuje tretiranje ulkusa različitim oblozima i alginatima. Kirurški zahvat treba raditi s velikim oprezom jer može precipitirati pojavu pioderme gangrenosum (Horner et al.2004).

10. Liječenje

Dermatitis artefacta predstavlja jedan od najvećih terapijskih izazova u dermatologiji. Consoli je sugerirao da se terapija artefaktnog dermatitisa treba temeljiti na :

- a) restrukturiranju pacijentove osobnosti
- b) liječenju psihijatrijskog poremećaja
- c) liječenju kožnih promjena

Ističe se važnost stvaranja prijateljskog odnosa sa pacijentom tijekom duljeg vremena kako bi se spriječilo naglo pacijentovo odustajanje od liječenja nakon što bi ga se konfrontiralo sa stvarnom situacijom. Pacijenti s artefaktnim dermatitisom nerijetko nakon inicijalne konfrontacije odustaju od liječenja te je stoga od ključnog značaja polagan pristup i stvaranje prijateljskog odnosa. Ukoliko pacijent nakon konfrontacije ne reagira negativnom reakcijom i ne prijeti prekidanjem liječenja može se započeti sa psihoterapijskim liječenjem (Consoli 1995). Neupitna je važnost dermatologa u cjelokupnom liječenju. U procesu liječenja neupitno je također da će pacijenti doživjeti nekoliko relapsa i ponovno se samoozlijeđivati, pogotovo u stanju povećanog emocionalnog stresa i životnih frustracija. Dermatolozi pri tome nikada ne bi smjeli reagirati negodovanjem i neprijateljski već sa razumijevanjem i pružanjem maksimalne podrške. Bolesnici sa artefaktnim dermatitisom prvenstveno trebaju psihijatrijsko liječenje. Međutim, liječenje pacijenata je teško jer, iako im je psihijatrijska pomoć potrebna, oni odbijaju tu pomoć, jer ne prihvaćaju činjenicu da njihova bolest nije organska i zbog toga najčešće samo promijene liječnika (Sneddon 1983). Ukoliko pacijent odbija posjetiti psihijatra, može mu se pomoći sa medikamentnom terapijom. Lijekovi koji su se pokazali korisni u liječenju DA su: selektivni inhibitori povratnog unosa serotonina (Ivanov et al.2009) ili aripripazol (2-5 mg/dan), pimozid (0,5-1 mg/dan) ili risperidon (0,5mg/dan) (Koblenzer 2010). U liječenju se također mogu

uključiti anksiolitici, antidepresivi i antipsihotici druge generacije u niskim dozama (Sambhi & Lepping 2009). Liječenje kožnih lezija uključuje okluzivnu terapiju (slika 5.) i blagu epitelizirajuću terapiju (Koblenzer 2000). Okluzivna terapija onemogućava bolesniku pristup lezijama kože, te tako dolazi do bržeg zaraštavanja. Brzo zaraštavanje ulkusa pod okluzivnom terapijom, koji su prije bili refraktorni na terapiju i koji su rekurirali, sugerira na ispravnost dijagnoze. Okluzivni zavoji mogu se probušiti oštrim predmetima od strane pacijenta i kroz pukotine se mogu injicirati različiti iritansi. Stoga se preporučuje unutarnju stranu zavoja obložiti aluminijskom folijom kako bi se moglo dokazati eventualno manipuliranje okluzijom od strane bolesnika.



Slika 5. Pacijentica pod okluzijom, promjene na koži izazvane WC sanitarnom,

uz dopuštenje: Prof.dr.sc. Basta-Juzbašić

11. Zaključak

Dermatitis artefacta je psihodermatološka bolest čija etiologija još nije u potpunosti razjašnjena.

Učestalost se procjenjuje da je mnogo veća nego što se danas smatra, jer mnogi slučajevi ostaju neprepoznati i nedijagnosticirani. Izgled kožnih lezija u pacijenata sa artefaktnim dermatitisom je često bizaran i ne odgovara prezentacijama poznatih dermatoz. Nesuradnja pacijenta u vezi nastanka kožnih lezija također je čimbenik koji otežava dijagnostički postupak.

Psihijatrijsku podlogu poremećaja teško je odmah prepoznati, što nerijetko dovodi do ponavljanja dijagnostičkih testova koji neće pokazati nikakav patološki nalaz. Diferencijalno dijagnostički važno je isključiti bilo kakve organske uzroke bolesti. Treba također uzeti u obzir i simulaciju gdje bolesnik svjesno i namjerno ozljeđuje svoju kožu zbog neke vrste dobiti poput bolovanja ili naknade. Liječenje artefaktnog dermatitisa je vrlo teško i zahtjevno. Kako bi se postigao potpuni oporavak nužno je liječenje i od strane dermatologa i od strane psihijatra. Psihijatrijsko liječenje, nažalost, često izostaje budući da bolesnik ne priznaje što čini i odbija psihijatrijsku pomoć. Ako se bolesnik suoči s pravim objašnjenjem njegove bolesti, on se vrlo često povlači i traži pomoć drugog liječnika, pa se preporuča izbjegavati takav direktni govor. Često praćenje bolesnika i simptomatsko liječenje promjena može pomoći da se razvije dobar odnos između liječnika i pacijenta pa se kasnije, kada se uspostavi povjerenje, može pokušati razgovarati o psihološkoj podlozi problema. Hospitalizacija bolesnika s artefaktnim dermatitisom, te stalna njega primjenom zavoja, masti, placebo lijekova, te briga o bolesniku od strane medicinskog osoblja na odjelu može djelovati terapijski na pacijenta.

12. Zahvala

Zahvaljujem se svim svojim profesorima i asistentima
koji su me vodili i usmjeravali tijekom studija,
svojoj mentorici
koja mi je strpljivo pomagala oko pisanja ovog rada,
te svojoj obitelji i prijateljima
koji su me podržavali i vjerovali u mene.

13. Literatura

1. Ackerman AB, Mosher DT, Schwan HA. Factitial Weber-Christian syndrome. JAMA. 1966;198: 163-6.
2. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. CNS Drugs. 2001;15(5): 351-359.
3. Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. J Clin Psychiatry. 1998;59(10): 509-514.
4. Asher R. Munchausen's syndrome. Lancet. 1951;1: 339-341.
5. Brod CS, Garbe C, Schleicher J, Röcken M, Schilling M. Acquired haemophilia mimicking dermatitis artefacta. Acta Derm Venereol. 2009;89: 194-5.
6. Consoli SG. Dermatitis artefacta: A general review. Eur J Dermatol. 1995;5: 5-11.
7. Crowson AN, Mihm MC Jr, Magro C: Pyoderma gangrenosum: a review. J Cutan Pathol 2003, 30: 97-107.
8. Fabisch W. Psychiatric aspects of dermatitis artefacta. Br J Dermatol 1980;102: 29-34
9. Fruensgaard K. Neurotic excoriations. A controlled psychiatric examination. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1984;312: 1-52.
10. Gandy DT. The concept and clinical aspects of factitial dermatitis. South Med J. 1953;46:551-5.

11. Gardner FH, Diamond LK. Autoerythrocyte sensitization: a form of purpura producing painful bruising following autosensitization to red blood cells in certain women. *Blood*. 1955;10: 675-90.
12. Gattu S, Rashid RM, Khachemoune A. Self-induced skin lesions: a review of dermatitis artefacta. *Cutis*. 2009;84: 247-51.
13. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol*. 1996;34(6): 1030-1046.
14. Harper JL, Copeman CWN. Dermatitis artefacta presenting as vasculitis. *J Royal Soc Med*. 1983;76: 970-1.
15. Harth W, Taube KM, Gieler U. Factitious disorders in dermatology. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010;8: 361-72.
16. Harth W. Clinical management in psychodermatology. 1st ed. New York: Springer; 2008.
17. Horner B, El-Muttardi N, Mercer D: Pyoderma gangrenosum complicating bilateral breast reduction. *Br J Plast Surg* 2004, 57: 679-681.
18. Ivanov OL, Lvov AN, Michenko AV, Kunzël J, Mayser P, Gieler U. Autoerythrocyte sensitization syndrome (Gardner-Diamond syndrome): review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23: 499-504.
19. Joe EK, Li VW, Magro CM, Arndt KA, Bowers KE. Diagnostic clues to dermatitis artefacta. *Cutis*. 1999;63: 209-14.
20. Johnson RB, Lazarus GS: Pulse therapy: Therapeutic efficacy in the treatment of pyoderma gangrenosum. *Arch Dermatol* 1982, 118: 76-84.

21. Keuthen NJ, Deckersbach T, Wilhelm S, et al. Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics*. 2000;41(3): 210-215.
22. Koblenzer CS. Dermatitis artefacta. Clinical features and approaches to treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2000;1(1): 47-55.
23. Koblenzer CS. *Psychocutaneous Disease*. Florida: Grune & Stratton; 1987.
24. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Arch Dermatol*. 1983;119: 501-12.
25. Koblenzer CS. The current management of delusional parasitosis and dermatitis artefacta. *Skin Therapy Lett*. 2010;15: 1-3.
26. Koblenzer CS.: *Psychocutaneous Disease*. Orlando, FL, Grune and Stratton, 1987.
27. Koo J, Lee CS. Delusions of parasitosis. A dermatologist's guide to diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2001; 2: 285-90.
28. Koo JYM, Lee CS. *Psychocutaneous medicine*. New York: Marcel Dekker; 2003.
29. Kwon EJ, Dans M, Koblenzer CS, Elenitsas R, James WD. Dermatitis artefacta. *J Cutan Med Surg*. 2006;10: 108-13.
30. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: a new pathway for diagnosis and treatment. *Clin Exp Dermatol* 2008; 33: 113-7.
31. Lipozenčić i suradnici (2008) Kontaktni alergijski dermatitis. U: Jasna Lipozenčić (Ur.) *Dermatovenerologija*. Zagreb: Medicinska naklada, str. 173-178.

32. Lipozenčić i suradnici (2008) Kontaktni nealergijski dermatitis. U: Jasna Lipozenčić (Ur.) Dermatovenerologija. Zagreb: Medicinska naklada, str. 170-173.
33. Lyell A. Cutaneous artificial disease (a review, amplified by personal experience). J Am Acad Dermatol. 1979;1: 391-407.
34. Lyell A. Dermatitis artefacta in relation to the syndrome of contrived disease. Clin Exp Dermatol. 1976; 11: 109-26.
35. Meyrick Thomas RH, Rowland Payne CME, McGibbon DH. Cryoglobulinaemia mimicking dermatitis artefacta. Clin Exp Dermatol. 1982;7: 673-8.
36. Miguélez Hernández A, Pascual Aranda A, Vanaclocha Sebastian F, Rubio Valladolid G, Iglesias Diez L. Dermatitis artefacta de localización periorbitaria y perioral. Actas Dermosifiliogr. 2002; 93: 45-8.
37. Mutasim DF, Adams BB. The psychiatric profile of patients with psychogenic excoriation. J Am Acad Dermatol. 2009;61(4): 611-613.
38. Odlaug BL, Grant JE. Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. Gen Hosp Psychiatry. 2008;30(1): 61-66.
39. Ormsby OS. Factitious dermatoses. JAMA. 1915;65: 1622-8.
40. Patients with dermatitis artefacta seen in a dermatology department. Acta Derm Venereol. 2005;85: 512-515.
41. Potenza C, Bernardini N, Mambrin A, Skoroza N. Dermatitis artefacta in a patient affected by impulse control disorder: Case report. Acta Dermatovenerol Croat. 2011; 19: 28-30.

42. Rodríguez Pichardo A, García Bravo B. Dermatitis artefacta: revisión. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104: 854-866.
43. Rodríguez Pichardo A. Dermatitis artefacta. In: Grimalt F, Cotterill JA, editors. *Dermatología y Psiquiatría. Historias clínicas comentadas.* Madrid: Grupo Aula Médica, SA; 2002. p. 143-63.
44. Rodríguez Pichardo A. Dermatitis artefacta. *Piel.* 1990; 5: 1-2.
45. Sambhi R, Lepping P. Psychiatric treatment in dermatology: an update. *Clin Exp Dermatol.* 2009;35: 120-5.
46. Sanmartin O, Requena C, Requena L. Factitial paniculitis. *Dermatol Clin.* 2008;26: 519-27.
47. Savage J. Localized crusting as an artefact. *Br J Dermatol.* 1978;99: 573-4.
48. Schepis C, Lentini M, Siraguza M. Erosive lichen planus on an atypical site mimicking a factitial dermatitis. *Acta Derm Venereol.* 2010;90: 185-6.
49. Schwaegerle SM, Bergfeld WF, Senitzer D, et al.: Pyoderma gangrenosum: a review. *J Am Acad Dermatol* 1988, 18: 559-568.
50. Smith RJ. Factitious lymphedema of the hand. *J Bone Joint Surg.* 1975;57: 89-94.
51. Sneddon IB. Simulated disease: Problems in diagnosis and management (The Parkes Weber lecture 1982). *J R Coll Physicians Lond.* 1983;17: 199-205.
52. Soyulu S, Gül U, Kilic, A, Heper AO, Kuzu I, Minareci BG. A case with an indolent course of subcutaneous panniculitislike T-cell lymphoma demonstrating Epstein-Barr virus positivity and simulating dermatitis artefacta. *Am J Clin Dermatol.* 2010;11: 147-50.

53. Stefanini M, Baumgart ET. Purpura facticia. An analysis of criteria for its differentiation from autoerythrocyte sensitization purpura. *Arch Dermatol.* 1972;106: 238-41.
54. Stein DJ, Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol.* 1992; 26: 237-42.
55. Susskind W. Psychosomatic medicine: II. Psychosomatic aspects of skin diseases. *Practitioner.* 1972; 208: 298-306.
56. Van den Driesch P: Pyoderma gangrenosum: a report of 44 cases with follow-up. *Br J Dermatol* 1997, 137: 1000-1005.
57. Van Kammen DP, Money J. Erotic imagery and self-castration. *Br J Sexual Med.* 1979;6: 63-6.
58. Van Moffaert M, Vermader F, Kint A. Dermatitis artefacta. *Int J Dermatol.* 1985;24: 236-8.
59. Waisman M. Pickers, pluckers and impostors. A panorama of cutaneous self-mutilation. *Postgrad Med J.* 1965;38: 620-30.
60. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, et al. Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60(7): 454-459.
61. Winkelmann RK, Barker SM. Factitial traumatic panniculitis. *J Am Acad Dermatol.* 1985;13: 988-94.
62. Zaidens SH. Self-induced dermatoses: Psychodynamics and treatment. *Skin.* 1964;3: 1135-43.

14. Životopis

Moje ime je Rafael Zečević, rođen sam 18.siječnja.1990. u Odžaku u Bosni i Hercegovini. Od 1996. – 1998. pohađao sam OŠ u Wasserburgu (Njemačka), od 1998-2004. nastavljam osnovno školsko obrazovanje u OŠ Gornja Dubica (Bosna i Hercegovina). 2004. godine upisujem Opću gimnaziju Pere Zečevića u Odžaku (Bosna i Hercegovina). 2008. godine upisujem Medicinski fakultet u Zagrebu. Od jezika aktivno se koristim engleskim i njemačkim, u govoru i u pismu. U slobodno vrijeme bavim se glazbom i kulinarstvom.